

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ di BOLOGNA

SCUOLA DI LINGUE, TRADUZIONE E INTERPRETAZIONE

SEDE DI FORLÌ

CORSO di LAUREA IN

MEDIAZIONE LINGUISTICA INTERCULTURALE

ELABORATO FINALE

La mediazione linguistica interculturale all'interno della ASL 6 di Livorno

CANDIDATO

RELATORE

Giorgio Doveri

Prof. Elio Ballardini

Anno Accademico 2014/2015

Sessione Seconda

INDICE

<u>Introduzione</u>	2
1 <u>L'affluenza straniera in Italia</u>	3
2 <u>Il diritto di assistenza linguistica nel servizio pubblico italiano</u>	6
2.1 La normativa in vigore.....	7
2.2 La figura del mediatore.....	8
2.3 La mediazione in ambito sanitario	9
3 <u>Il servizio nella Asl 6 di Livorno</u>	12
3.1 La ASL 6 e la convenzione con il CESDI.....	12
3.2 I servizi sociali.....	14
3.3 L'assistenza ai minori.....	16
3.4 L'assistenza alle donne.....	18
4 <u>Osservazioni finali</u>	19
4.1 La variazione stagionale.....	19
4.2 Progetti internazionali.....	20
5 <u>Conclusioni</u>	20
<u>Sitografia e bibliografia</u>	22
<u>Appendice</u>	23

Introduzione

La mediazione linguistica interculturale nel servizio pubblico è una realtà importante per le società multietniche quale è l'Italia contemporanea. Il fine della relazione è quello di descrivere il ruolo dei mediatori culturali all'interno del Sistema Sanitario Nazionale e, nello specifico, dell'Azienda Sanitaria Locale 6 di Livorno e provincia. Si esaminerà dapprima come il tessuto sociale italiano sia mutato negli ultimi decenni, quando l'immigrazione è stata riconosciuta come fenomeno sociale. In seguito, si vedrà come è nato il ruolo dei mediatori culturali, e come le istituzioni italiane se ne siano avvalse per garantire anche ai nuovi cittadini (nel senso giuridico) diritti assistenziali di cui tutti i cittadini godono. Sarà analizzato, poi, il caso specifico della ASL di Livorno in alcuni dei suoi rami principali: l'ospedale e i servizi sociali. Infine, alcune osservazioni completeranno la panoramica sulla realtà multiculturale della società livornese e sul servizio di assistenza linguistica offerto.

I dati raccolti nell'elaborato sono tratti da fonti ufficiali quali ISTAT, Comune di Livorno, Regione Toscana, CESDI e ASL numero 6. Sono dati di interesse nazionale, tratti da siti internet (catalogati per anno) e da bibliografia ufficiale. I riferimenti si possono trovare nelle note e nella sezione dell'elaborato “Sitografia e bibliografia”¹. Talune informazioni, tuttavia, sono state raccolte tramite interviste svolte *in loco*. Per ogni intervista, un originale è conservato e messo a disposizione.

1 – L'affluenza straniera in Italia

A partire dagli anni Novanta, in Italia, il fenomeno dell'immigrazione è

¹ I dati raccolti dalla Relazione Aziendale sono tutti riferiti al periodo 1/1-31/12 del 2014

aumentato in modo esponenziale. Oggigiorno gli arrivi sono registrati nell'ordine delle migliaia di individui, provenienti da numerose nazioni ed appartenenti ad altrettante culture, cosicché il fenomeno del multilinguismo si è imposto rapidamente negli ultimi venti anni, rendendo necessari la formazione e l'impiego di mediatori linguistici per tutte quelle situazioni in cui gli stranieri non risultino autosufficienti.

Tale afflusso di stranieri verso l'Italia è quindi piuttosto recente, anche se non è del tutto nuovo. Negli anni '70-'80, infatti, era già successo che grandi gruppi di persone si spostassero verso la penisola, tuttavia erano principalmente composti da italiani (e figli di italiani) espatriati nel secolo precedente verso l'Europa Settentrionale e le Americhe. Gli stranieri rappresentavano allora un'esigua parte delle masse in movimento verso l'Italia e il multilinguismo non era ancora considerato una realtà. Di conseguenza, il servizio d'assistenza linguistica per cittadini non italofoni era piuttosto ridotta, proprio perché tale categoria contava pochi individui. Successivamente, numerosi eventi storici, politici, economici e sociali verificatisi nell'Europa dell'Est prima, in Africa centro-settentrionale e nel Medio Oriente poi, hanno spinto gli abitanti di queste aree geografiche verso l'Europa, aumentando il volume del flusso migratorio verso il nostro continente. Tra gli eventi più importanti si annoverano la crisi petrolifera del 1973, la caduta dei regimi comunisti nei paesi dell'Europa orientale (1989-1995), le rivoluzioni di stampo politico-religioso in paesi come Iran e Afghanistan (1978-1979), per giungere alle più recenti rivoluzioni in Africa del Nord e Medio oriente: Egitto, Libia, Tunisia, Siria, Yemen, Marocco, Algeria e tanti altri paesi ancora (la cosiddetta “Primavera Araba”). Da non dimenticare, anche le guerre e carestie dell'Africa Sub-sahariana (Nigeria, Senegal, Camerun...) e le migrazioni dall'America del Sud e dal Sud-Est asiatico (Argentina, Perù, Filippine...).

Il numero degli immigrati in arrivo sul suolo italiano è, dunque, progressivamente cresciuto, finché non è più stato possibile lasciar gestire il servizio d'accoglienza ai singoli enti locali senza nessun tipo di coordinazione a

livelli più ampi. La questione è perciò diventata presto di livello nazionale, coinvolgendo non più solo le regioni meridionali, territorio principale degli arrivi, bensì anche il Centro-Nord. Ad esempio, nel 2002 il numero totale di immigrati registrato era di 1.341.209, mentre nel 2014 ammontava a 5.014.437². Nasce così la normativa secondo cui gli immigrati (regolari) vengono ripartiti in modo proporzionale su tutto il territorio italiano, onde evitare sovraccarico di oneri per le regioni dove maggiormente arrivano i migranti³, affidandone una parte alle altre regioni.

Una maggiore immigrazione a livello nazionale implica inevitabilmente una maggiore presenza di stranieri anche a livello locale e, di conseguenza, una maggiore necessità di mediatori che assistano chi non è in grado di comunicare efficacemente in italiano.

Nel caso specifico della provincia livornese, i 3.153 stranieri residenti nel 1991, sono diventati 6.939 nel 2002, per giungere infine nel 2014 alla cifra di 23.342 individui regolarmente stanziati nell'intera provincia, di cui 17.366 extra-comunitari e 5.976 comunitari.

A questi dati è necessario aggiungere un numero indeterminato di persone irregolari, presenti su tutto il territorio. Queste, tuttavia, essendo prive di documenti e quindi di riconoscimento da parte delle autorità, non incidono sui dati ufficiali della popolazione straniera residente, e gravano solo parzialmente sulle spese del servizio pubblico, in quanto godono di una parte molto limitata di diritti rispetto ai detentori di regolare permesso di soggiorno (e ancor meno rispetto a coloro i quali abbiano già ottenuto la cittadinanza).

Nella provincia si registrano numerosi stranieri accolti come profughi, rifugiati politici o per cause di guerra, e quindi sostenuti con fondi pubblici destinati

² Fonte: Istat, "Ricostruzione della popolazione residente per età, sesso, e cittadinanza nei comuni" e "Cittadini Stranieri. Popolazione residente e bilancio demografico al 31 dicembre 2014"

³ Attualmente è la Sicilia, ma al tempo dell'esodo albanese degli anni '90 era la Puglia, mentre durante i flussi da Ucraina e Moldavia erano le regioni nord-orientali.

proprio alla loro accoglienza. Tuttavia, la maggior parte di quei 23.432 stranieri è composta da regolari lavoratori in numerosi settori, a partire da quello agricolo (uliveti e vigneti sparsi in tutta la provincia) e industriale (acciaierie di Piombino, raffineria di Livorno...) per arrivare al terziario (accoglienza di turisti, mediatori nei servizi pubblici ecc...). Da non sottovalutare è il numero, estremamente variabile e difficilmente tracciabile da parte delle autorità, di lavoratori non regolari, spesso ambulanti e pendolari, e alle dipendenze di datori di lavoro altrettanto irregolari. Costoro non sono esenti da infortuni e malattie, e il SSN deve comunque garantire loro un'assistenza minima, prevista da Costituzione.

Considerevole, infine, è anche la gran quantità di turisti che ogni anno affolla le numerose località balneari tra il Calambrone e Piombino (punte rispettivamente nord e sud della provincia), e che porta a un incremento degli interventi di mediazione nella stagione estiva (si stima infatti, che in tutta Italia l'afflusso di turisti stranieri sia stato circa di 51milioni nel 2014)⁴

Considerati questi dati, relativi a stranieri sia residenti che di passaggio, che si trovano a Livorno e nella sua provincia e che spesso non parlano sufficientemente italiano per accedere in modo autonomo al servizio, le istituzioni si sono dovute rendere garanti anche dei loro diritti fondamentali, primo tra tutti l'assistenza medica. Vedremo, dunque, come le autorità della provincia livornese attuino la Costituzione, allorquando a fruire dei servizi pubblici non sia un italiano, bensì un cittadino straniero che goda degli stessi diritti assistenziali.

⁴ <http://www.enit.it/it/studi.html>

1 - Il diritto di assistenza linguistica nel servizio pubblico italiano

“L’accessibilità ai servizi da parte del migrante può essere fortemente condizionata da diversi fattori: lo status giuridico del soggetto; il costo, in rapporto alle possibilità economiche dell’utente ed alle sue necessità; la presenza di barriere fisiche e/o organizzative (orari di apertura, numero di operatori, etc.) all’accesso; l’informazione sanitaria; tutti questi fattori sono, in ultima analisi, dipendenti dall’organizzazione sociale delle comunità e dal grado di integrazione degli immigrati nei network locali.”⁵

L'assistenza linguistica è un diritto che viene riconosciuto in tutti i paesi dotati di una Costituzione democratica. In particolare, questa è diventata una necessità nei paesi industrializzati, più ricchi, in cui esistono l'immigrazione, il multilinguismo e la multiculturalità. Tra i primi paesi in cui il diritto a un traduttore/interprete è stato riconosciuto è il Regno Unito, in particolare nell'ambito giuridico-giudiziario. Ma anche il resto dell'Unione ha dovuto aggiornare i rispettivi ordinamenti per non escludere dalla rete dei servizi pubblici gli immigrati che dalla seconda metà del 20° secolo hanno popolato tutto il continente. Tra questi, ovviamente, rientra anche l'Italia.

1.1 La normativa in vigore

Nell'ordinamento giuridico italiano è stata aggiunta una serie di garanzie a difesa di tutti gli stranieri che non parlino italiano, tra cui una delle più importanti è il diritto ad essere assistiti da un interprete. Questo avviene nell'ambito di tutti i servizi pubblici, compresi ospedali e tribunali, ed è un diritto derivato

⁵ Tratto da saluteinternazionale.info

dall'interpretazione del principio di uguaglianza, espresso nella Costituzione italiana, in particolare negli articoli 3 e 6:

Art. 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Art. 6

La Repubblica tutela con apposite norme le minoranze linguistiche.

Principi simili si possono trovare nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, agli articoli 21 e 22:

Articolo 21: Non discriminazione

1. È vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, gli handicap, l'età o le

tendenze sessuali.

2. *Nell'ambito d'applicazione del trattato che istituisce la Comunità europea e del trattato sull'Unione europea è vietata qualsiasi discriminazione fondata sulla cittadinanza, fatte salve le disposizioni particolari contenute nei trattati stessi.*

Articolo 22: Diversità culturale, religiosa e linguistica.

L'Unione rispetta la diversità culturale, religiosa e linguistica.

Tutti questi principi sono stati accolti dagli organi statali e trasformati in norme dalla Legge Delega numero 40 del 6/3/1998, recepita e applicata dal Decreto Legislativo 286 del 25/7 dello stesso anno.

1.2 La figura del mediatore

Il mediatore linguistico-culturale è una figura professionale emersa in tempi relativamente recenti, insieme ai flussi migratori sempre maggiori di cui abbiamo già parlato.

Inizialmente informale e sottovalutata, si è affermata sempre più all'interno del servizio pubblico in quanto unica vera garanzia di funzionamento della macchina pubblica allorquando un avente diritto al servizio, il quale non parli la lingua, rischi di pregiudicarne il buon funzionamento, principalmente a danno di sé stesso.

Il riconoscimento ufficiale di questo personaggio, che funge da ponte tra la parte di società italiana “autoctona” e la parte straniera, avviene con la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 2009 a Roma, nella quale viene inoltre proposta una riforma del titolo: i precedenti appellativi vorrebbero essere sostituiti dal termine “mediatore interculturale”, per porre fine ai fraintendimenti

tra istituzioni sulle varie sfumature delle figure professionali, e al tempo stesso tentare di dare uno standard uniforme al servizio di mediazione, partendo dalla formazione e preparazione dei mediatori.

1.3 L'assistenza in ambito sanitario

La sopracitata Legge 40 del 6/3/1998, sancisce il diritto degli stranieri ad essere assistiti da un interprete/traduttore. Questo diritto, ovviamente, riguarda i trattamenti sanitari, sia in strutture pubbliche che private, le visite e i ricoveri ospedalieri, e più in generale ogni rapporto dello straniero con la sanità pubblica. Saluteinternazionale.info riporta:

“[...] I gruppi con pregressa esperienza migratoria hanno, mediamente: un'aspettativa di vita inferiore rispetto alla popolazione generale; una mortalità infantile maggiore; riportano più frequentemente una cattiva salute; accedono più frequentemente in maniera scorretta ai servizi (sia sovra- che sottoutilizzo); rischiano con maggior frequenza prestazioni inadeguate. [...] Le persone che hanno sperimentato la migrazione hanno, mediamente rispetto al resto della popolazione, tassi più elevati di povertà e disoccupazione, ricevono salari più bassi e sono maggiormente dipendenti dall'aiuto pubblico[...]”⁶

Da queste considerazioni, seppur di carattere generale, emerge chiaro il bisogno da parte delle comunità migranti di ricevere un supporto di tipo linguistico-

⁶ <http://www.saluteinternazionale.info/aree/migrazioni-e-salute/#biblio>
con riferimenti alle opere

"WHO. International Migration, Health & Human Rights" dell'anno 2003

e "Disease and Disadvantage in the United States and in England" JAMA, anno 2006, di Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP

culturale, il quale permetta loro di sopperire, almeno in parte, all'indigenza cui sono spesso costretti. Fallire, in questo caso, significherebbe abbandonare in condizioni di estremo disagio un gran numero di persone, di tutte le età ed etnie, che si vedrebbero private di uno dei diritti basilari di una società contemporanea, ovvero quello alla salute personale.

Lo Stato italiano, al fine di adempiere a questo suo dovere costituzionale, impiega sia mediatori culturali che interpreti di professione, con una forte preferenza per i mediatori culturali, a causa della loro maggiore conoscenza di quei fattori, principalmente socio-culturali, che possono interferire nel normale svolgimento di un dialogo tra medico e paziente⁷. Questi fattori possono variare sensibilmente da cultura a cultura, e spesso creano serie difficoltà ad un mediatore non sufficientemente preparato. È per questo motivo che generalmente sono preferiti mediatori stranieri a interpreti o mediatori italiani. Questi ultimi, per quanto possano essere ben formati nella tecnica di interpretazione consecutiva e simultanea, non appartengono alle culture di origine dei pazienti, e quindi hanno una possibilità maggiore di incorrere in errori rispetto a un madrelingua, proprio a causa delle conoscenze pregresse mancanti (ad esempio, potrebbero non cogliere alcune inferenze del discorso, oppure fraintendere elementi non verbali come la gestualità e la mimica, diverse da lingua a lingua).

Ogni Azienda Sanitaria Locale decide come impiegare i propri mediatori, così come fanno i singoli reparti delle stesse Aziende. Questo avviene a causa delle diverse necessità e della diversa incidenza di pazienti non italofoni che vi si possono presentare. Per esempio, affidandoci ai dati della ASL6, riscontriamo un maggior numero di stranieri che usufruiscono del servizio di Consultorio familiare, di Psichiatria, di Ginecologia e di Maternità. Il numero resta invece relativamente basso in altri reparti; in particolar modo le percentuali minori si

⁷ Cfr. Intervista a Cromilda ---, mediatrice tra l'albanese e l'italiano presso il Cesdi, operante principalmente per il consultorio familiare dell'ospedale di Livorno.

riscontrano nelle aree specializzate, dove le prestazioni mediche non sempre sono coperte dall'assicurazione sanitaria, e quindi comportano spese ulteriori, molto spesso non sostenibili dagli immigrati, poiché, come già visto, hanno frequentemente difficoltà economiche (è il caso di Otorinolaringoiatri, Odontoiatri, Dermatologi e tutti gli altri specialisti non mutuabili).

Considerati tutti questi elementi, e concentrandoci sull'area comunale e provinciale di Livorno, osserviamo il funzionamento della ASL 6 e dei suoi diversi servizi, focalizzandoci sul ruolo che viene riservato ai mediatori, così come alle differenti preparazioni che questi necessitano per affrontare la gamma di casi che possono presentarsi loro.

2 - Il servizio nella Asl 6 di Livorno

Con 348.745 iscritti al Sistema Sanitario provinciale, di cui 23.342 stranieri di 114 nazionalità diverse, divisi a loro volta in 5.976 comunitari (1974 uomini e 4002 donne) e ben 17.366 extracomunitari (8218 uomini e 9148 donne), Livorno e la sua provincia si trovano ad affrontare un problema di (in)comunicabilità con una porzione sempre più ampia dei suoi residenti.

Nei servizi pubblici questo problema diventa di vitale importanza, specialmente nel settore sanitario, nel quale la sfida per la società si prospetta sempre più incalzante, considerato il numero di nazionalità e lingue straniere che necessitano la copertura da parte dei mediatori (per citare solo alcune tra le principali nazionalità: 3'555 albanesi, 2'315 marocchini, 2'182 ucraini, 1'474 senegalesi, e 1'010 moldavi).

In questo capitolo, vedremo come le istituzioni livornesi hanno adeguato l'organizzazione dei servizi locali alla nuova domanda, conformandosi alle linee guida dettate da Italia e Europa per la tutela degli stranieri. Tramite una

panoramica, saranno evidenziati i tratti peculiari della realtà dei mediatori culturali nel servizio sanitario.

2.1 La ASL 6 e la convenzione con il CESDI

L'ASL 6 di Livorno fornisce l'assistenza linguistica a tutti i suoi pazienti stranieri che non sappiano parlare italiano, o che ne facciano comunque richiesta. L'assistenza è garantita tramite una convenzione, rinnovata annualmente, con l'associazione no-profit riconosciuta e denominata “Centro Servizi di orientamento e accompagnamento per Donne Immigrate” (CESDI).

Il CESDI, nasce nel 1997 come associazione di aiuto alle donne immigrate, come suggerisce il nome, ma ben presto diventa lo snodo di tutti i servizi assistenziali per immigrati in difficoltà, senza distinzione di sesso, età o provenienza. La sua direttrice è Genta Lohya, laureata in interpretazione simultanea albanese-italiano all'università di Tirana, ed è lei stessa ad occuparsi del reclutamento del personale di mediazione, grazie alle conoscenze tecniche acquisite.

Il CESDI si occupa, dunque, di reperire, formare e dislocare i mediatori culturali sul territorio⁸, coprendo quante più lingue possibile in base alla disponibilità di appartenenti alla comunità interessata. Sono quasi tutti mediatori e mediatrici non professionisti, che svolgono altre attività al di fuori di tale contesto, e vengono, perciò, ingaggiati su chiamata, senza alcun tipo di contratto. Per questo motivo, nessuno di essi può restare in modo continuativo all'interno delle strutture in cui opera, tranne nei casi in cui sia l'Azienda stessa a richiedere la presenza di un operatore per un certo numero di ore in un reparto (come avviene spesso, ad esempio, nei consultori). Ciò può creare problemi dal punto di vista della continuità del servizio, dando la precedenza alla logica dell'economia di

⁸ Per ogni riferimento: <http://www.women.it/impresadonna/associazioni/cesdi.htm>

risorse rispetto alle necessità del paziente. Nel caso di appuntamenti ambulatoriali o di consultorio, il fatto si traduce in una maggiore attesa, in quanto gli orari di presenza del mediatore sono prefissati e obbligano il paziente a rispettarli, mentre nel caso di ricoveri prolungati, il degente si trova a poter comunicare con il personale medico solo in determinate fasce, in cui può avvalersi dell'assistenza linguistica.

I mediatori del CESDI sono quindi pagati ad ore, e non sono veri e propri dipendenti. Essi sono formati dal Centro stesso o da altre associazioni e enti affiliati (ad esempio la Regione Toscana e l'organizzazione Albero della Vita), e la collaborazione avviene con tutte le pubbliche istituzioni che ne facciano richiesta, anche se nei fatti l'ospedale è il principale fruitore.

Gran parte degli interventi è svolta nel reparto di Ostetricia, Ginecologia, Psichiatria, Neurologia e nel Consultorio familiare, ambiti in cui vengono a crearsi situazioni molto delicate, e il rapporto fiduciario medico-paziente-mediatore gioca un ruolo fondamentale. In realtà, il problema della fiducia tra paziente, mediatore e medico si pone sempre, ma diventa una vera e propria necessità quando il primo, oltre a non parlare la stessa lingua del dottore, appartiene anche a una comunità culturalmente diffidente, come può essere quella cinese, i cui membri spesso rifiutano ogni contatto con il dottore italiano in assenza di un mediatore che garantisca imparzialità e corretta comunicazione (anche nei casi in cui essi sappiano parlare italiano, seppur a livello base).

A tal proposito si segnala una grande attività di mediazione per la lingua cinese nell'ospedale di Viale Alfieri: nel 2014 sono stati registrati 156 interventi per pazienti cinesi, contro 36 per albanesi, 23 per polacchi, 13 per filippini, 12 per nigeriani, 10 per tunisini ecc... per un totale di 275 mediazioni annuali⁹ (56% solo per la lingua cinese).

Per quanto riguarda l'aspetto della tecnica impiegata, gli intervistati hanno

⁹ Dati reperibili nella relazione sanitaria dell'azienda:
http://www.usl6.toscana.it/usl6/attachments/article/2331/2015_RelazioneSanitaria.pdf

risposto in modo uniforme che le mediazioni sono svolte, nella maggioranza dei casi, secondo la tecnica di interpretazione consecutiva (dialogica), facendo particolare attenzione ai problemi creati dalle differenze culturali.

2.2 I servizi sociali

I servizi sociali del territorio livornese sono co-gestiti dalla ASL 6 e dal Comune di Livorno. La prima fornisce principalmente le strutture e il personale medico, mentre il Comune è l'unico responsabile degli assistenti sociali e delle forze dell'ordine. Queste ultime sono necessarie nel caso vengano segnalati dei migranti non regolari o dei minori non accompagnati (il caso dei minori sarà trattato in seguito, in quanto rappresenta una categoria speciale).

La mediazione culturale è quindi necessaria anche per i servizi sociali, anche se non quanto per l'ospedale. Nel servizio sociale, infatti, la maggior parte della comunicazione tra operatori e assistiti è affidata alle conoscenze degli operatori stessi o a parenti e amici degli assistiti¹⁰ che abbiano soggiornato abbastanza a lungo in Italia da garantire lo scambio di informazioni tra le parti.

I mediatori, in questo ambito, sono usati solo in occasioni formali, o comunque allorquando sia fondamentale che non vi siano fraintendimenti da parte dello straniero assistito. In questi casi i mediatori sono impiegati principalmente come traduttori, per le comunicazioni scritte, o come interpreti simultanei nei casi di comunicazioni orali di grave importanza, ad esempio per le sentenze dei giudici. Ciò è dovuto, ancora una volta, a una considerazione di tipo economico, in quanto il servizio, fornito sempre dal CESDI tramite l'associazione Oltrefrontiera, ha un costo per il Comune, il quale preferisce sacrificare l'assistenza linguistica, sebbene in piccola parte, a favore di tempi più stretti e costi più contenuti.

¹⁰ Intervista a un'assistente sociale presso la Residenza per Anziani "Giovanni Pascoli" di Livorno, avvenuta in data 9/9/2015

Dal punto di vista professionale, la mediazione, quando avviene, è eseguita secondo le tecniche di interpretazione consecutiva, senza sostanziali differenze con le prestazioni richieste in ambito ospedaliero.

Rispetto all'ambito ospedaliero, invece, cambia l'approccio di tipo etico, in quanto i mediatori del servizio sociale si possono trovare ad affrontare situazioni di forte disagio, simili a quelle riscontrabili in Consultorio, piuttosto che in un reparto di degenza. In tali frangenti vengono trattate informazioni molto sensibili (non è raro che si presentino ragazze incinte, ad esempio), ed è fondamentale, quindi, che il mediatore sia pronto ad evitare di mettere l'assistito in imbarazzo, se non perfino in difficoltà legali. In poche parole, nel servizio alla persona l'imparzialità del mediatore è un fattore cruciale, la cui trascuratezza può avere conseguenze serie.

2.3 L'assistenza ai minori

Come già accennato, il caso dei minori non accompagnati è da trattare a parte, poiché i testi di legge stessi riservano loro un trattamento speciale rispetto agli adulti e ai minori accompagnati.

I bambini e i ragazzi non accompagnati, in quanto tali, non possono essere giudicati come adulti e quindi rimpatriati, anche se sono clandestini e neppure se hanno commesso reati. Le autorità hanno dunque il dovere di assisterli secondo i loro diritti, compreso quello all'assistenza linguistica.

Questo è quanto stabilito dal decreto del Ministero degli Interni n° 84230 del 27/4/2015 in materia di domande di contributi da parte di enti locali: l'allegato 1, al punto 2.1, 2.2 e 2.3 impone chiaramente una tutela dei minori in modo continuativo fino al compimento della maggiore età.

Sebbene non vi siano stime attendibili sul numero di immigrati sotto i 18 anni di età non accompagnati da maggiorenni, non mancano gli esempi di casi di ritrovamento e collocazione presso strutture adeguate di minori stranieri. Il sito <http://www.women.it> testimonia numerosi interventi degli assistenti sociali, coadiuvati dai mediatori del CESDI, a favore di minori extracomunitari. Sono i casi più delicati che un mediatore possa affrontare, poiché deve tenere conto principalmente dell'interesse del minore ad essere tutelato in un paese a lui completamente ignoto sotto tutti i punti di vista. Senza tuttavia dimenticare che il mediatore diventa, quindi, una figura di riferimento, un'ancora di salvataggio per individui (quasi) completamente impreparati a sopravvivere in un dato contesto, e perciò si creano spesso legami ben più profondi tra l'assistito e il mediatore, arrivando talvolta a stabilire relazioni simili a quelle genitoriali. Questo ha un duplice effetto: se da una parte è garanzia per il minore, e in parte anche per la comunità, dall'altra il mediatore si pone in una posizione potenzialmente pericolosa (in primo luogo per il minorenne), in quanto potrebbe trovarsi a rispondere delle azioni dei suoi assistiti di fronte ai servizi sociali, se non direttamente all'autorità. Infine, il rischio principale (dal punto di vista deontologico) di un rapporto così diretto è l'imparzialità della mediazione, che può essere inficiata da una relazione troppo stretta tra mediatore e assistito, ai danni degli operatori sociali e, eventualmente, anche delle forze dell'ordine.

Un esempio tipico è rappresentato da un evento, riportato proprio sul sito sopracitato, avvenuto nel mese di maggio 1998. In quel periodo tre ragazzi dominicani giunsero in Italia quasi per errore, e senza saper parlare italiano¹¹. Dopo un breve periodo in cui vissero senza fissa dimora, nei pressi del porto, furono individuati e segnalati dalla Polizia marittima ai Servizi Sociali, i quali li presero in custodia e richiesero l'assistenza di un mediatore al CESDI. Maria Flor Trinidad, che fu incaricata del caso, passò dal ruolo di semplice mediatrice a tutrice dei ragazzi. Per sua testimonianza diretta, passò molto tempo insieme ai

¹¹ http://www.women.it/impresadonna/associazioni/cesdi_casi3.htm

tre giovani dominicani, cercando di far loro capire la cultura italiana, forte di un'esperienza di adattamento molto simile

2.4 L'assistenza alle donne

Tuttavia, risulta palese che la categoria dei figli di immigrati sia in espansione, dato il tasso di natalità presso le famiglie appartenenti a comunità immigrate, nettamente più alto rispetto a quello delle famiglie italiane, se consideriamo il rapporto tra nascite e popolazione adulta assoluta. Infatti, nell'area della provincia livornese nascono bambini di 80 nazionalità differenti, per un totale di 33.826 iscritti al Pediatra di base, di cui 30.826 italiani, 536 stranieri comunitari e 2.464 stranieri extracomunitari. Questo implica che i reparti di Ginecologia, Ostetricia e Pediatria richiedano un maggiore dispiegamento di mediatori, sebbene questi non ricevano una formazione particolare per lavorare in tali ambiti. Ciò è dovuto alla prassi comune di preferire delle donne per questo tipo di incarichi, specialmente se già madri, poiché più vicine psicologicamente alle pazienti, le quali percepiscono le mediatrici come meno lontane rispetto a dei mediatori uomini. Talvolta questo aspetto, che a un primo impatto potrebbe apparire superficiale, se non perfino sessista, può essere invece fondamentale per la buona riuscita della comunicazione paziente-medico: le donne di talune etnie (senegalese, ad esempio) rifiutano di essere curate o assistite in altro modo da un uomo, o possono comunque risultarne molto a disagio.

Infatti, alcune tra le problematiche principali riscontrate dai mediatori che si trovino ad operare con donne, specialmente all'interno del consultorio familiare, riguardano in particolare le barriere culturali che si pongono nel rapporto tra sessi, oltre a dogmi socio-religiosi che vietano determinate cure o analisi¹².

¹², Basti pensare ai Testimoni di Geova, i quali per credo religioso non accettano trasfusioni di sangue, in quanto lo ritengono peccato capitale, o ai musulmani, per cui il contatto tra sessi è rigorosamente vietato, soprattutto se la donna è impegnata in una relazione con un altro uomo.

Spetta quindi alla sensibilità delle mediatrici, nonché alla loro preparazione professionale, stabilire un punto di contatto tra le pazienti e il personale medico, favorendo un dialogo rilassato, sincero e collaborativo.

3 - Osservazioni finali

Nel quadro della salute internazionale e dell'assistenza ai pazienti di nazionalità differenti, è utile osservare alcuni fattori che influiscono sul tipo di servizio che la ASL 6 di Livorno offre, e come questo si adatti a differenti situazioni.

3.1 La variazione stagionale

L'utenza straniera della ASL livornese non è composta esclusivamente da profughi, bensì vi è una percentuale (variabile ma consistente) di utenti che si trovano in vacanza nell'area costiera della Toscana. Alcune tra le più famose località turistiche toscane sono le spiagge della bassa provincia, come San Vincenzo, Donoratico, Follonica e l'Isola d'Elba. Qui molti tra tedeschi, inglesi, francesi e russi hanno stabilito la loro seconda residenza per il periodo estivo (e ogni anno il numero aumenta).

Per questo motivo, l'ospedale di Livorno, le Misericordie e la Società Volontaria di Soccorso si preparano ogni anno a un incremento dei ricoveri di stranieri in Pronto Soccorso durante il periodo estivo. Come riportato nella tabella in appendice “*Dati sulla mediazione linguistica culturale nell'ospedale di Livorno*”, questo fatto è confermato dal numero decisamente più alto di interventi effettuato dai mediatori nell'arco temporale marzo-settembre, rispetto al periodo ottobre-febbraio.

3.2 Progetti internazionali

Al fine di garantire un'assistenza che sia veramente per tutti, l'ASL6 organizza e partecipa a progetti internazionali di assistenza sanitaria ai meno abbienti di diverse nazionalità. A questo scopo, vengono investiti ogni anno 90.000 € per i cosiddetti “ricoveri internazionali”, ovvero per stranieri provenienti da nazioni senza sanità pubblica, o con un servizio sanitario incapace di fornire loro le cure necessarie.

Inoltre, svariati progetti vengono realizzati all'estero nel quadro della Sanità globale, talvolta in collaborazione con, talvolta in azione parallela ma distinta dalle molte ONG che vi si dedicano da tempo (basti pensare ad *Emergency* o *Save the Children*).

In appendice, una tabella tratta dalla Relazione Sanitaria mostra i principali interventi fuori dai confini nazionali finanziati dalla ASL 6, tutti approvati da decreti legislativi.

Va ricordato che, per ogni ricovero internazionale e per tutti i progetti fuori confine, è previsto un supporto linguistico, talvolta affidato ai mediatori, talvolta curato dal personale medico poliglotta.

4 - Conclusioni

Dalla relazione emerge che, nel corso del tempo, la problematica della multiculturalità e del multilinguismo è stato curato in modo sempre più serio da parte delle istituzioni pubbliche e private, così come dalle organizzazioni volontarie, fino alla creazione di una rete di mediatori quale è il CESDI. Questo è segno di un'attenzione verso la nuova popolazione che è tanto importante quanto rara altrove. Tuttavia, molto ancora può essere fatto, a partire dalla sensibilizzazione al problema di tutta la cittadinanza, e non solo del personale

addetto. In particolare, il rischio maggiore che corre la mediazione è quello di essere trascurata fino ad essere abbandonata per negligenza o per logiche economiche, le quali sono già presenti in ambiti diversi (tipico è il caso dei servizi sociali) e possono danneggiare veramente i diritti di una parte della popolazione, che si troverebbe esclusa dall'assistenza sanitaria, ma anche da buona parte della vita pubblica in generale. Questo, inoltre, spingerebbe verso una progressiva segregazione delle comunità incapaci di comunicare ed accedere ai servizi, con danni ingenti a livello umano per queste comunità. Infine, tutti ne sarebbero danneggiati, in quanto una parte della città, una volta esclusa, diventerebbe un grave precedente di limitazione dei diritti, e quindi un esempio (in negativo) di deroga alla Costituzione stessa e al suo principio fondamentale dell'uguaglianza tra i cittadini.

Sitografia e bibliografia

Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP “Disease and Disadvantage in the United States and in England” JAMA, 2006

C. Baraldi, V. Barbieri, G. Giarelli *“Immigrazione, mediazione culturale e salute”* . F. Angeli editore, 2008

Nygren-Krug “International Migration, Health & Human Rights” 2003, articolo tratto dalla rivista "WHO"

Relazione sanitaria della ASL6, anno 2015 (relativa all'anno 2014)

Simurg “Rapporto finale sull'immigrazione nella provincia di Livorno”, Ricerca dell'agenzia

<http://www.enit.it/it/studi.html>

consultato il 17/09/2015

www.istat.it e <http://www.istat.it/it/archivio/96694>

consultati il 10/8/2015

<http://www.saluteinternazionale.info/aree/migrazioni-e-salute/#biblio>

consultato il 12/8/2015

http://www.women.it/impresadonna/associazioni/cesdi_casi.htm

consultato il 11/8/2015

Appendice

Di seguito sono riportati i documenti più rilevanti ai fini della relazione.

TAB. 3 – INTERVENTI DI MEDIAZIONE PER REPARTO

Reparto di ricovero	Chiamata		Totale	%
	Operat.	Utente		
8° PADIGLIONE (PSICHIATRIA)	15	70	85	30,91
MALATTIE INFETTIVE		40	40	14,55
ENDOCRINOLOGIA		30	30	10,91
6° PADIGLIONE	10	19	29	10,55
RADIOLOGIA		23	23	8,36
1° PADIGLIONE		16	16	5,82
5° PADIGLIONE	2	11	13	4,73
ODONTOSTOMATOLOGIA		6	6	2,18
PRONTO SOCCORSO		6	6	2,18
NEFROLOGIA	1	3	4	1,45
NEUROLOGIA/NEUROCHIRURGIA	1	2	3	1,09
4° PADIGLIONE		3	3	1,09
ONCOLOGIA		3	3	1,09
20° PADIGLIONE		3	3	1,09
ORTOPEDIA		3	3	1,09
UTIC		2	2	0,73
DERMATOLOGIA		2	2	0,73
3° PADIGLIONE	2		2	0,73
MALATTIE INFETTIVE	1		1	0,36
CURE PALLIATIVE	1		1	0,36
TOTALE	33	242	275	100,00
TOTALE %	12	88	100	

DATI SULLA MEDIAZIONE LINGUISTICA CULTURALE
NELL'OSPEDALE DI LIVORNO
ANNO 2014

TAB. 1- INTERVENTI DI MEDIAZIONE PER MESE

MESE	INTERVENTI
Gennaio	19
Febbraio	16
Marzo	30
Aprile	38
Maggio	32
Giugno	24
Luglio	23
Agosto	25
Settembre	21
Ottobre	21
Novembre	18
Dicembre	8
Totale	275

TAB. 2 - INTERVENTI PER MEDIAZIONE PER PAESE DI PROVENIENZA

PAESE	INTERVENTI	%
CINA	156	56,7
ALBANIA	36	13,1
POLACCA	23	8,4
FILIPPINA	13	4,7
NIGERIA	12	4,4
TUNISINA	10	3,6
MAROCCO	7	2,5
SENEGAL	6	2,2
ALGERIA	3	1,1
SIRIA	3	1,1
GERMANIA	2	0,7
MESSICO	2	0,7
UCRAINA	1	0,4
PAKISTAN	1	0,4
TOTALE	275	

DATI SULLA MEDIAZIONE LINGUISTICA CULTURALE
NEI CONSULTORI FAMILIARI
1 GENNAIO - 31 DICEMBRE 2014

- MEDIAZIONE PER MESE

Mese	Fisso	Su richiesta	Totale	%
Gennaio	93	41	134	9,4
Febbraio	76	38	114	8,0
Marzo	93	33	126	8,8
Aprile	99	44	143	10,0
Maggio	91	21	112	7,8
Giugno	97	15	112	7,8
Luglio	83	25	108	7,6
Agosto	79	30	109	7,6
Settembre	108	22	130	9,1
Ottobre	99	9	108	7,6
Novembre	90	9	99	6,9
Dicembre	106	29	135	9,4
Totale	1.114	316	1.430	100,0
%	77,9	22,1	100,0	

UBICAZIONE DELLA PRESTAZIONE

	Fisso	Su richiesta	Totale	%
Consultorio Centro	1114	132	1246	87,1
Ospedale/ginecologia		128	128	9,0
**Ospedale/altri reparti		32	32	2,2
*Abitazione		14	14	1,0
Via del Mare		7	7	0,5
Fiorentina		1	1	0,1
Stagno		1	1	0,1
Domicilio		1	1	0,1
Totale	1114	316	1430	100,0

* traduzione dei libretti di vaccinazione

**prestazioni legate alla gravidanza: poliambulatorio, p.soccorso, cardiologia, diabetologia, ematologia, centro trasfusionale, radiologia ecc.

- TIPO DI PRESTAZIONE*

Descrizione DRG	N. prestazioni
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	280
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	153
Parto cesareo senza CC	115
Neonato normale	99
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	71
Aborto senza dilatazione e raschiamento	48
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	42
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	38
Psicosi	33
Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	33
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	28
Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	28
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	28
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	27
Neonati con altre affezioni significative	25
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	24
Legatura e stripping di vene	24

L'Azienda fa parte del sistema regionale di Cooperazione Sanitaria Internazionale (CSI) della Regione Toscana, coordinato dal Centro Regionale per la Salute Globale creato nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze. Il referente aziendale è anche referente del Coordinamento di Area Vasta Nord Ovest, che comprende anche le ASL 1 (Massa Carrara), 2 (Lucca), 5 (Pisa) 12 (Viareggio), l'Azienda Ospedaliera pisana, l'IFC-CNR e la Fondazione Monasterio di Pisa. Elenchiamo di seguito i progetti all'estero di cui l'Azienda è stata capofila o partner nel 2014.

Progetto	Paese di destinazione	Ente capofila	Tipo progetto ed ente finanziatore	Stato di attuazione
Rafforzamento dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali senegalesi nel settore materno infantile (2° annualità)	Senegal	ASL 6 Livorno	Regione Toscana – PIR 2014	Approvato con DD 6097 del 3 dicembre 2014. Inizio nel 2015
La Toscana contro la cecità	Burkina Faso	ASL 2 Lucca	Regione Toscana – PIR 2014	Approvato con DD 6097 del 3 dicembre 2014. Inizio nel 2015
"Salute, cura e assistenza". Sostegno ai servizi sanitari di Mont' Ngafula e Muhanga (2° annualità)	Repubblica Democratica del Congo	ASL 5 Pisa	Regione Toscana – PIR 2014	Approvato con DD 6097 del 3 dicembre 2014. Inizio nel 2015
Cuore Toscana. La cardiocirurgia pediatrica Toscana per i bambini cardiopatici del mondo	Balcini - Eritrea	OPA Massa	Regione Toscana – PIR 2014	Approvato con DD 6097 del 3 dicembre 2014. Inizio nel 2015
Emergenza IRC (insufficienza renale cronica) nel Dipartimento di León. Ricerca epidemiologica e promozione della salute	Nicaragua	Croce Rossa Italiana Comitato reg. Toscana	Regione Toscana – Progetto strutturante 2014	Approvato con DD 6188 del 2 dicembre 2014. Inizio nel 2015
Cooperazione sanitaria toscana per l'emergenza a Gaza	Palestina	PCRf (Palestinian Children Relief Fund)	Regione Toscana – Progetto strutturante 2014	Approvato con DD 6188 del 2 dicembre 2014. Inizio nel 2015
Emergenza-urgenza S.S. Albania supporto tecnico ed introduzione codifica ICD-9-CM nel Pronto Soccorso	Albania	Azienda Ospedaliera Univ. Pisana	Regione Toscana – Progetto strutturante 2014	Approvato con DD 6188 del 2 dicembre 2014. Inizio nel 2015
Rafforzamento dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali senegalesi nel settore materno-infantile	Senegal	ASL 6 Livorno	Regione Toscana – PIR 2013	Approvato con DD 5256 del 28 novembre 2013. In corso, termine attività 30/9/2015
"Salute, cura e assistenza". Sostegno ai servizi sanitari di Mont' Ngafula, Lukulela e Muhanga	Repubblica Democratica del Congo	ASL 5 Pisa	Regione Toscana – PIR 2013	Approvato con DD 5256 del 28 novembre 2013. In corso, termine attività
La toscana contro la cecità in Africa – 2.0 Lotta alla cecità prevenibile ed evitabile	Burkina Faso	ASL 2 Lucca	Regione Toscana – PIR 2013	Approvato con DD 5256 del 28 novembre 2013. In corso, termine attività
Cooperazione sanitaria toscana in Palestina in ambito pediatrico 2° annualità	Palestina	ASL 12 Viareggio	Regione Toscana – PIR 2013	Approvato con DD 5256 del 28 novembre 2013. In corso, termine attività
Miglioramento dei servizi di primary health care e della salute della donna nel Bajo Atrato	Colombia	Comune di Cascina	Regione Toscana – progetto semplice 2013	Approvato con DD 4934 del 12 novembre 2013
Sostegno al Sistema Sanitario Armeno per il trattamento Chirurgico delle Patologie Cardiovascolari	Armenia	Azienda Ospedaliera Univ. Pisana	Regione Toscana – progetto semplice 2013	Approvato con DD 4934 del 12 novembre 2013
La ricerca sanitaria a sostegno delle comunità locali: risorsa acqua e diritto alla salute	Nicaragua	ASL 6 Livorno	Regione Toscana – Progetto strutturante 2012	Approvato con DD 915 del 14 marzo 2013. In corso la seconda annualità (termine previsto 31 agosto 2015)
Miglioramento dei servizi di <i>primary health care</i> e della salute della donna nel Bajo Atrato - Fase III	Colombia	Comune di Cascina	Regione Toscana – progetto semplice 2014	Approvato con DD 5893 del 2 dicembre 2014. Inizio nel 2015
"Llapa Qhalikay" (Tutti in buona salute)	Perù	Associazione "Amici del Perù" Lucca	Ordine dei Medici, bando 2014 per formazione e aggiornamento operatori da inviare in PVS	Approvato, concluso corso di formazione; da realizzare missioni per campagne di salute

Attività sul territorio

Ricoveri umanitari

Il sistema di CSI della Regione Toscana prevede per ogni Area Vasta un fondo per i ricoveri umanitari di cui possono usufruire pazienti provenienti dai Paesi partner. In collaborazione con l'AOUP sono stati rivisti i

Nazionalità	Presidio di ricovero					Tot.	Sesso		Età media	
	VT	CE	LI	PB	EL		F	M	F	M
ROMANIA	10	66	197	87	34	394	289	105	35	32
ALBANIA	9	68	164	33	17	291	174	117	34	38
MAROCCO		42	56	67	22	187	124	63	30	30
UCRAINA	6	33	42	33	10	124	105	19	43	34
GERMANIA	1	19	20	17	49	106	63	43	50	48
SENEGAL		24	41	22	6	93	46	47	28	34
PERU'	1	2	76	3	2	84	65	19	38	24
MOLDAVIA		20	27	9	23	79	55	24	35	34
TUNISIA		7	36	4	8	55	23	32	31	29
REP. DOMINICANA	1	7	35	4	6	53	45	8	29	12
POLONIA	2	12	30	6	1	51	38	13	45	36
CINA		5	30	6	4	45	39	6	27	13
MACEDONIA		13	18	12		43	28	15	29	28
SVIZZERA		7	7	10	15	39	14	25	54	65
NIGERIA		2	29	4	1	36	28	8	26	18
REGNO UNITO		4	19	6	4	33	16	17	60	60
RUSSIA		11	15	3	3	32	28	4	42	14
BRASILE		2	15	4	7	28	26	2	40	18
FILIPPINE		3	22	2	1	28	21	7	33	21
FRANCIA		5	9	5	9	28	16	12	57	50
TURCHIA		15	4	7		26	11	15	26	15
PAKISTAN		3	14	6	1	24	9	15	32	34
CUBA		2	17	1	3	23	19	4	28	44
BULGARIA		2	13	2	3	20	16	4	39	21
STATI UNITI D'AMERICA		2	15	1	1	19	9	10		
PAESI BASSI		6	3	4	4	17	8	9		
BANGLADESH		3	12			15	9	6		
INDIA	6	1	7			14	11	3		
BOSNIA-ERZEGOVINA		2	10	1		13	7	6		
NAZIONE SCONOSCIUTA		3		7	3	13	9	4		
SPAGNA		2	5	1	5	13	12	1		
ECUADOR	1	2	7	2		12	11	1		
SERBIA,REPUBBLICA		5	3	3		11	9	2		
ALGERIA		1	8		1	10	6	4		
CECA, REPUBBLICA		1	2		6	9	4	5		
COLOMBIA			5	2	2	9	8	1		
KOSOVO		5	4			9	5	4		
THAILANDIA		1	2	2	3	8	7	1		
SRI LANKA			2	5		7	4	3		
BELGIO		1		2	2	5	1	4		
CILE		1		3	1	5	4	1		
ERITREA		3	1	1		5	3	2		
SIRIA		2	3			5	4	1		
UNGHERIA			3	2		5	3	2		
AUSTRALIA		2	2			4	3	1		
AUSTRIA		1	2		1	4	2	2		
BIELORUSSIA		3			1	4	4			
EGITTO		1	2		1	4	1	3		
ETIOPIA		2	1	1		4	4			
GEORGIA		1	2	1		4	4			
IRLANDA		1	2	1		4	3	1		
KAZAKISTAN		2	1	1		4	3	1		
LITUANIA		2	1		1	4	2	2		
NORVEGIA		2	1		1	4	3	1		

PORTOGALLO		1	1		2	4	3	1		
BENIN		2			1	3	3			
CROAZIA				2	1	3	2	1		
DANIMARCA		1		2		3	2	1		
ESTONIA			3			3	3			
GUINEA		1	2			3	2	1		
INDONESIA	1		2			3	2	1		
SVEZIA		1	1		1	3	2	1		
ARGENTINA			1		1	2	2			
CANADA		1	1			2	2			
GABON		2				2	1	1		
MADAGASCAR			2			2	2			
SLOVACCHIA					2	2	1	1		
VENEZUELA		1	1			2	2			
APOLIDE		1				1	1			
BURUNDI			1			1		1		
CONGO				1		1	1			
COSTA D'AVORIO			1			1		1		
EL SALVADOR					1	1	1			
GRECIA	1					1	1			
IRAN			1			1	1			
LETTONIA		1				1	1			
LIBANO					1	1		1		
LIBIA	1					1	1			
LUSSEMBURGO				1		1	1			
MAURITANIA		1				1		1		
MESSICO			1			1	1			
MONTENEGRO			1			1		1		
SINGAPORE			1			1		1		
SOMALIA			1			1		1		
VIETNAM		1				1		1		
TOTALE	40	446	1063	399	272	2220	1499	721		

totale iscritti

SITUAZIONE AL 15/12/2014

Iscritti Al SSN

Italiani		Comunitari		Non UE	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
156796	168607	1974	4002	8218	9148

Cittadinanza (prime 5) e genere dei cittadini non UE iscritti al SSN

Cittadinanza	Maschi	Femmine	Totale
Albania	1.846	1.709	3.555
Ucraina	400	1.782	2.182
Moldavia	364	646	1.010
Marocco	1.295	1.020	2.315
Senegal	1.213	261	1.474

Minori iscritti al Pediatra di Base

Italiani		Comunitari		Non UE	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
15815	15011	268	268	1281	1183

Cittadinanza (prime 5) e genere dei cittadini non UE iscritti al Pediatra di Base

Cittadinanza	Maschi	Femmine	Totale
Albania	332	320	652
Moldavia	64	62	126
Cina	71	52	123
Senegal	67	76	143
Marocco	271	247	518